

FOLLETO**Manual básico para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.****Basic manual for Alzheimer disease treatment.**

Dr. Juan R. Cordero Jiménez¹, Dr. Sergio García Cordero², Dra. Odalis Fernández López¹, Dra. Leni Cañedo Santana².

¹Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Asistente. Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. ²Especialista de I Grado en Psiquiatría. Profesor Instructor. Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer constituye en la actualidad la demencia más frecuente a nivel mundial, con tendencia a seguir incrementándose, por una parte por el aumento de la población anciana y por otro lado porque no existe un tratamiento que prevea, detenga o cure esta compleja enfermedad tanto en su génesis como en sus manifestaciones, y en la que no solo se han de presentar afectaciones cognitivas sino también en otras esferas del psiquismo, conducta, afectividad, pensamiento, además de presentar síntomas somáticos.

En la actualidad esta enfermedad constituye para muchos países un problema de salud. En los Estados Unidos de Norteamérica existe un aproximado de 6 millones de enfermos, en Asia entre 8 a 10 millones y en Europa 5 mil; en nuestro país se calcula que existan alrededor de 85 mil pacientes y en nuestra provincia de Cienfuegos unos 5 mil. Esta demencia causa severa afectación, no solo en el orden individual y familiar, sino también en el orden social, debido al alto costo que representa, por lo que constituye un problema social.

Si bien en el presente existen diferentes fármacos que tratan de mejorar las alteraciones de la memoria y con ello las diferentes funciones cognitivas, el éxito hasta el presente es muy pobre y solo quedan como una luz que ilumina un largo camino a transitar por la neuropsicofarmacología para llegar a obtener fármacos lo suficientemente eficaces. Esta situación ha motivado la búsqueda de formas de tratamiento que, sin el uso de fármacos, mejoren las funciones instrumentales de la

vida diaria para influir positivamente en la calidad de vida del enfermo y su familia.

El conocimiento de esta enfermedad es una obligatoriedad de todos los profesionales de la salud mental, geriatras, internistas, médicos generales integrales, por lo que se hace necesario tener las herramientas básicas para poder emprender acciones de tratamiento con un carácter rehabilitador, en el que debe intervenir todo el equipo de trabajo, así como la familia, pues se sabe que el 60 % de los enfermos se encuentra en su domicilio.

Este manual tiene como objetivo brindar una guía teórica en cuanto al tratamiento cognitivo-conductual de la enfermedad, así como de otras demencias relacionadas tanto en el orden no farmacológico como farmacológico.

DESARROLLO.**CAPÍTULO 1 -GENERALIDADES**

¿Qué es la enfermedad de Alzheimer ?

Es una enfermedad degenerativa cerebral primaria de etiología desconocida, con rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos, de comienzo insidioso y evolución progresiva hasta terminar con la vida del enfermo.

¿ Por qué es la enfermedad ?

A pesar de los avances científico-técnicos su génesis sigue siendo un enigma, se han planteado diferentes factores, unos que pudieran estar más relacionados con

Recibido: 2 de marzo de 2005

Aprobado: 6 de mayo de 2005

Correspondencia:

Dr. Juan R. Cordero Jiménez

Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

la causa y otros menos, a los que algunos llaman "factores de riesgo".

En general, entre los factores tenemos los genéticos, infecciosos, neuroinmunes, proteicos, los de neurotransmisión central, cerebrovascular, neurometabólicos, neurotóxicos, traumáticos y psicosociales.

¿Cuáles son las principales características clínicas?

Se caracteriza por un deterioro de la memoria, orientación y el discernimiento, de comienzo insidioso y una evolución progresiva. El enfermo presenta imposibilidad de aprender nuevos sucesos, personales o públicos, dificultad para reconocer lugares, situaciones, objetos y familiares antes vistos. Existen además dificultades para la realización de actividades cotidianas, trastornos en el lenguaje, la actividad motora, el cálculo. A estas manifestaciones hay que agregar los trastornos de la conducta que causan tanto o más problemas en el manejo familiar.

¿De cuantos estadios evolutivos cuenta la enfermedad?

Este tipo de demencia cuenta con tres estadios o períodos evolutivos.

1.- Estadio inicial: caracterizado por las alteraciones en la memoria mediata, la orientación en tiempo y espacio. Se comienza a perder habilidades adquiridas, al final de la etapa se observa apraxia constructiva.

2.- Estadio intermedio o de estado: se incrementan las manifestaciones mencionadas, y se pone de manifiesto el síndrome afaso-agnosico-aprático, el paciente no puede valerse por sí mismo.

3.- Estadio terminal: los trastornos de la actividad motora, caracterizados por la inmovilidad, la pasividad, son la expresión más relevante y con ello la aparición de las enfermedades asociadas.

¿A qué llamamos deterioro cognitivo?

Se entiende por las alteraciones de facultades tales como:

- intelectuales
- orientación
- memoria reciente
- razonamiento
- cálculo
- lenguaje
- capacidad para realizar tareas complejas
- capacidad de programación

Criterios para el diagnóstico de deterioro cognitivo:

a- La pérdida de 3 ó más de las facultades antes referidas por un período de 6 meses o más.

El deterioro cognitivo siempre significa enfermedad, su diagnóstico precoz es responsabilidad del nivel primario de atención médica.

Criterios para el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer (Según DSM-IV)

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

(1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).

(2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje).

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).

(d) alteración de la ejecución (p. Ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

D. Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

(1) otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral).

(2) enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitaminas B12 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH).

(3) enfermedades inducidas por sustancias

E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Códigos basados en el tipo de inicio y las características predominantes:

De inicio temprano: si el inicio es a los 65 años o antes.

F00.01 Con ideas delirantes [290.12]: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

F00.03 Con estado de ánimo depresivo [290.13]: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

F00.00 No complicado [290.10]: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

De inicio tardío: si el inicio es después de los 65 años.

F00.11 Con ideas delirantes [290.20]: si las ideas delirantes son el síntoma predominante.

F00.13 Con estado de ánimo deprimido [290.21]: si el estado de ánimo depresivo es predominante incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.**

F00.10 No complicado[290.10]: si ninguno de los antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

Se debe especificar si se presenta con trastornos de comportamiento.

¿ Cuáles son los principales motivos de consulta?

Se sabe que los principales motivos por los que se solicita la consulta son, por una parte, los problemas relacionados con la orientación al producirse desorientación temporo-espacial, por otra parte las importantes fallas de la memoria que dificultan la adecuada interacción del enfermo en su medio, lo referido se presenta desde la etapa inicial. A medida que avanza la enfermedad comienzan los problemas de conducta, que constituyen otras de las causas de consulta, ya que determinan una importante ruptura de la dinámica familiar.

CAPÍTULO 2: COMO DETERMINAR EL ESTADIO EVOLUTIVO DEL PACIENTE PARA REHABILITARLO.

Para determinar el estado evolutivo del paciente con el objetivo de lograr la rehabilitación se recomienda la escala de deterioro global (GDS).

GDS-1

Sin deterioro cognitivo/ normalidad.

- no hay quejas subjetivas de pérdida de memoria.
- No se objetivan déficit de memoria en la entrevista clínica.

GDS-2

Deterioro cognitivo muy leve /olvido benigno senil.

Hay quejas subjetivas de pérdida de la memoria , más frecuentes en las siguientes áreas:

- olvido del lugar donde ha dejado objetos familiares.
- olvido de nombres familiares.
- no hay evidencias objetivas de déficit de memoria en la entrevista clínica.
- no hay déficit objetivo en el trabajo ni en situaciones sociales.
- actitud apropiada respecto a su sintomatología.

GDS-3

Deterioro cognitivo leve/compatible con enfermedad de Alzheimer incipiente.

Primeros déficit claros. Manifestaciones en más de una de las siguientes áreas:

- se suele perder cuando viaja a lugares no conocidos.
- se evidencia su bajo rendimiento laboral.
- se hace evidente la pérdida de palabras y nombres.
- retiene poco material cuando lee un párrafo de un libro.
- demuestra una disminución en el recuerdo de nombres de personas que acaba de conocer.
- pierde o extravía objetos de valor.
- en la exploración clínica se puede evidenciar un déficit de concentración.
- evidencia objetiva de déficit de memoria que se pone de manifiesto con una entrevista exhaustiva.
- disminución del rendimiento laboral y social
- empieza a negar los déficit.

Estos síntomas van acompañados de ansiedad leve o moderada.

Nota: Si solo se demuestran alteraciones de memoria :alteraciones amnésicas atribuida a la edad, si presenta otras funciones alteradas pero estables: deterioro cognitivo atribuido a la edad y si los déficit son progresivos: demencia inicial.

GDS-4

Deterioro cognitivo moderado/demencia leve.

Déficit evidentes al realizar una cuidadosa historia clínica. Los déficit se manifiestan en las siguientes áreas:

- disminución en el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes.
- puede presentar algún déficit en el recuerdo de su historia personal.
- déficit en la concentración, que se hace evidente en la sustracción de series.
- disminución en la capacidad para viajar, manejar finanzas ,etc.

No suele haber déficit en las siguientes áreas:

- orientación en tiempo y persona.
- reconocimiento de personas y caras de familiares.
- capacidad para desplazarse a lugares conocidos.
- capacidad para realizar tareas complejas.

La negación es el principal mecanismo de defensa. La respuesta afectiva se aplanan y el individuo se retrae ante situaciones de mayor exigencia.

GDS-5

Deterioro cognitivo moderadamente grave/demencia moderada.

- el paciente ya no puede estar sin algún tipo de ayuda.
- el paciente es incapaz de recordar detalles relevantes de su vida actual, por ejemplo su dirección o número de teléfono que tiene desde hace años ,los nombres de parientes cercanos (por ej. sus nietos), de su escuela , colegio.
- a menudo presenta desorientación temporal (fecha, día

de la semana, estación) o de lugar.

- una persona con educación normal puede tener dificultad al contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o de 2 en 2.
- las personas en este estadio se acuerdan de muchos datos importantes referentes a ellos mismo y a los demás.
- invariablemente saben su nombre y el de su esposa e hijos.
- no requiere ayuda para el aseo ni para comer, pero puede tener dificultad para elegir qué ropa ponerse.

GDS-6

Deterioro cognitivo grave/ Demencia moderada grave.

- puede olvidarse ocasionalmente del nombre de su esposo/a de quien depende del todo.
- no será consciente de acontecimientos y experiencias recientes.
- retiene algún recuerdo de su vida pasada, pero es poco preciso.
- generalmente, no es consciente de su entorno, ni en el tiempo ni en el espacio.
- tiene dificultad en contar de 10 hacia atrás, y a veces hacia delante.
- requerirá asistencia en las actividades de la vida diaria, por ejemplo puede ser incontinente, precisará ayuda para desplazarse, pero ocasionalmente mostrará capacidad para trasladarse a lugares conocidos.
- frecuente alteración del ritmo diurno.
- con frecuencia distingue a las personas conocidas de las desconocidas.
- casi siempre recuerda su propio nombre.
- aparecen cambios emocionales y de la personalidad. Estos son bastantes variables e incluyen:
 - a) Conductas delirantes, como por ejemplo, los pacientes acusan a su esposa/ o de ser un impostor, hablan con figuras imaginarias de su entorno o con su propio reflejo en el espejo.
 - b) Síntomas obsesivos, como por ejemplo, la persona continuamente repite sencillas actividades de limpieza.
 - c) Síntomas de ansiedad, agitación, incluso conductas violentas que no existían hasta entonces.
 - d) Abulia cognitiva, por ejemplo, pérdida de fuerza de voluntad por no poder mantener la intencionalidad el tiempo suficiente para determinar como convertirla en acción.

GDS-7

Deterioro cognitivo muy severo/Demencia grave

- En el curso de este estadio se perderán todas las habilidades verbales. Al principio de este estadio verbalizará palabras y frases muy concretas. Al final, no hay lenguaje solo sonidos guturales ininteligibles.
- incontinencia urinaria. Requiere asistencia para el aseo y la alimentación.

- a medida que avanza el estadio se pierden las habilidades motoras básicas, por ejemplo la capacidad para andar.
- el cerebro ya no parece capaz de decir al cuerpo lo que debe hacer. Aparecen a menudo signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

CAPÍTULO 3: ¿ CÓMO TRATAR LOS TRASTORNOS COGNITIVOS? .

Tratamiento no farmacológico de los trastornos cognitivos. Son el conjunto de estrategias rehabilitadoras de carácter terapéutico de las capacidades cognoscitivas con el objetivo de mejorar o estabilizar las funciones instrumentales básicas de la vida diaria (AVD).

OBJETIVOS:

General: Conseguir la mayor calidad de vida del enfermo, cuidador y su familia.

Específicos: -

Rehabilitar, restituyendo déficits, actuando sobre las funciones afectadas, para así mantener, por ejemplo, la memoria, la orientación , o reincorporar al paciente a una vida familiar, social , activa y útil.

Estimular, las funciones que se conservan a través de las distintas actividades que se recomiendan, demorando la pérdida progresiva de funciones.

Las terapias blandas se aplican en talleres grupales de 6 a 8 pacientes con deterioro cognitivo en estadios de 3 a 6 en la GDS (Escala de deterioro global) y están formadas por talleres: cognitivos, de psicomotricidad y ocupacional.

Estos tienen como premisa la creación de un clima de confianza, seguridad, comprensión y amor, con una adecuada comunicación eliminando en todo lo posible el estrés, para así lograr el éxito de las acciones.

Talleres cognitivos (dirigidos a la estimulación cognitiva). Los ejercicios están orientados al tratamiento de los trastornos de la :

O Orientación

L Lenguaje

P Praxias

G Gnosias

M Memoria

C Cálculo

Orientación: (En espacio, lugar, tiempo y persona) Entendida como el conocimiento que el sujeto tiene del entorno espacial y temporal en el cual se desenvuelve y que se relaciona con la atención, memoria reciente, conocimiento autobiográfico y proyección futura.

En las demencias leves la desorientación es temporal (día, mes), cuando avanza incluye el año y el espacio, lo que está muy relacionado con las alteraciones de la memoria reciente, en cuanto a la orientación hacia su propia persona lo que se afecta al inicio es la edad conservándose la fecha de nacimiento. Las actividades propuestas para su tratamiento están basadas en las

terapias de orientación a la realidad.(TOR).

Objetivos:**Específicos:**

- Favorecer y activar la orientación espacial y temporal.
- Mantener la orientación hacia su propia persona.
- Activar la memoria personal o autobiográfica.

Secundarios:

- Ejecutar el lenguaje.
- Optimizar los niveles de atención.
- Favorecer la incitación a hablar y la fluidez verbal.

Recursos y estrategias

- Terapia de orientación a la realidad.
- Uso de calendarios.
- Facilitar las tareas mediante recursos verbales.
- Observación.
- Orientación temporal (calendarios, reloj).
- Festividades importantes.
- Cronología personal (datos biográficos).
- Orientación espacial (lugar donde se encuentra: ciudad, provincia, país, etc).

Orientación témporo-espacial y de la persona.**Ejemplo de actividades.**

- ¿ Qué día de la semana es hoy?
- ¿Qué fecha es hoy
- ¿Cuál es el mes en que estamos.?
- ¿Cuál es el año en que estamos?
- ¿ Qué hora es?
- ¿ En qué momento del día estamos?.
- ¿ Si vamos a almorzar qué hora es?.

Para un situación específica, ejemplo:

Mañana es 24 de diciembre.

- ¿ Qué se celebra?
- ¿ Qué comida caracteriza esta fecha?
- ¿ Con quién la celebramos?

Orientación espacial.

- ¿ En qué lugar estamos?
- ¿Cuál es la dirección de este lugar?
- ¿ Cómo se llama la (ciudad, pueblo) en que estamos?
- ¿Cuál es la provincia?
- ¿ Cómo se llama nuestro país?

Orientación en persona.

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿ En que día, mes, año usted nació?
- ¿Cuál es su edad?
- ¿ Es casado, viudo, soltero?
- ¿Cuál es el nombre de su esposa(o)?
- ¿ Tiene hijos?

Mencione sus nombres y edad ¿ Dónde viven?

¿ Tiene usted nietos?

Lenguaje: Función que permite la comunicación entre individuos sociales mediante un sistema o código de signos interpretables por ellos, que se adquiere mediante un largo proceso de aprendizaje y que es posible por un sustrato biológico (cerebro humano, por el desarrollo filogenético y ontogénico). El lenguaje supone un aspecto biológico, individual y social.

Alteraciones del lenguaje: Afasias, agrafias y alexias.

La afasia se produce en el lenguaje oral y la alexia y agrafia en el escrito.

Afasia: Etimológicamente "sin habla", este síndrome se traduce en una alteración del lenguaje oral con dificultades en la expresión y comprensión.

Características:

- a) Son una consecuencia de una lesión orgánica, vascular, tumoral, degenerativa, (zonas silvianas y perisilvianas izquierdas en la gran mayoría de sujetos diestros y zurdos).
- b) Son adquiridas (Se presentan en sujetos donde se adquirió y desarrolló el lenguaje).
- c) Se pueden asociar a otros signos neurológicos y neuropsicológicos.

En las demencias leves la afectación inicial es en el lenguaje oral y en la medida que se evoluciona a un mayor deterioro se observan las alteraciones en el lenguaje escrito.

Objetivos:**Específicos:**

- Maximizar las capacidades.
- Ejercitar el lenguaje automático.
- Optimizar la expresión verbal.
- Mantener y estimular la comprensión verbal.
- Potenciar la capacidad de repetición.
- Favorecer la fluidez verbal.
- Ejercitar la mecánica lecto-escritura.

Recursos y estrategias:

- Facilitar el acceso al léxico y al significado mediante lenguaje escrito y oral.
- Tareas de confrontación y asociación imagen-palabra.

Recomendaciones:

- Aprovechar las tareas cotidianas.
- Facilitar la entrada de información a través de la audición, visión, etc.
- Realizar lectura de la prensa, libros, etc.
- Simplificar las tareas lingüísticas según el grado de deterioro.

Ejemplo de actividades:

- ¿ Cuáles son los meses del año?
- ¿ Cuáles son las estaciones del año?

¿ Cuáles son los días de la semana?

Mencione los números del 1 al 10.

Hacer composiciones sobre su familia, casa, barrio, etc.

Praxias: Se sitúan entre la ejecución de movimientos y el comportamiento.

Apraxia: Síndrome adquirido que se manifiesta por una alteración voluntaria de los movimientos intencionales.

Tipos: Apraxia ideomotora, apraxia ideatoria, apraxia constructiva, apraxia del vestido.

En las demencias leves se afecta la praxia constructiva. La apraxia del vestido primero aparece al vestirse y luego al quitarse la ropa, para terminar en fases avanzadas de la demencia con apraxias generalizadas a todos los tipos.

Estimulación de las capacidades prácticas.

Objetivos:

- Optimizar la motricidad fina.
- Favorecer la reproducción de actos motores voluntarios.
- Mantener la escritura (como ejercicio de praxis gráfica).
- Favorecer habilidades visuo-constructivas.

Recomendaciones:

- Adecuar las actividades a las capacidades.
- Tener en cuenta los gustos y preferencias.
- Buscar tareas aplicadas a las AVD (hacer una carta, dibujar, calcar, etc).

Gnosias: Etimológicamente de " conocimiento" son las funciones cognitivas que se ponen en funcionamiento para percibir y reconocer la forma y características físicas y visuales, auditivas, somestésicas, olfativas y gustativas, de las personas y objetos del entorno.

Agnosias: Alteración en el reconocimiento.

En las demencias iniciales se observa la agnosia visual a estímulos complejos y la organización espacial, con posterioridad al avance, se observan dificultades para reconocer caras familiares, en etapas finales se observa la prosopagnosia severa (no reconocer su propia cara) y fenómenos en los cuales el cuerpo del otro se reconoce como propio.

Objetivos:

- Favorecer el reconocimiento de las diferentes gnosias.
- Potencializar las capacidades residuales.

Recomendaciones:

- Adecuar las actividades a las capacidades.
- Tener en cuenta la función de los diferentes órganos de los sentidos.

Recursos:

- Utilizar dibujos, fotografías de personas y lugares conocidos, etc.

Memoria: Función cognitiva humana que nos permite

aprender, guardar y recuperar episodios, acontecimientos, hechos personales y del entorno.

Tipos de memoria:

Memoria inmediata – Recuerdo de informaciones que acabamos de recibir, es limitada de más menos 2 elementos y una duración en tiempo corta.

Memoria reciente: Memoria del presente que nos permite tener recuerdo.

Memoria remota: Memoria resultado de nuestras experiencias.

Memoria episódica, o memoria biográfica; Relacionada a su historia biográfica.

Memoria semántica: Relacionada con los conocimientos históricos, culturales, científicos, etc.

Memoria de habilidades sensoriomotrices. Son actividades que el individuo realiza de forma automática después de un aprendizaje previo, ej: Conducir un auto.

En la enfermedad de Alzheimer la alteración de la memoria es una de las primeras y principales alteraciones, primero se presentan en la fijación de lo nuevo, para luego en etapas avanzadas afectarse la memoria remota.

Estimulación de las capacidades mnésicas.

Objetivos:

- Ejercitar la memoria inmediata, mediante estímulos visuales y auditivos.
- Optimizar la memoria reciente, mediante estímulos verbales y visuales.
- Ofrecer elementos emotivos que favorezcan los recuerdos lejanos.
- Potenciar la orientación.

Recomendaciones:

- Adecuar la complejidad de los ejercicios.
- Ofrecer material real.
- Utilizar prótesis mnésicas (agendas).
- Aprovechar situaciones reales del enfermo.

Recursos:

Ej : de actividades.

Repetición de listas numéricas, de palabras: mejoran la memoria inmediata.

Recordar una información, acontecimiento cotidiano, noticia periodística:

mejoran la memoria reciente.

Narración de situaciones y hechos biográficos personales, familiares de la localidad, hechos sucedidos en el pasado: mejoran memoria remota.

Cálculo:

En las demencias leves se afecta la capacidad para desarrollar cálculos complejos que se realizan en la vida diaria, como manipular dinero en actividades de compra, venta, etc.

Estimulación cognitiva del procesamiento aritmético y numérico.

Objetivos:

- Preservar el reconocimiento numérico.
- Activar y promover la lectura numérica.
- Favorecer la discriminación de cantidades.

Recomendaciones:

- Adecuar al grado de deterioro las actividades.
- Realizar ejercicios que simulen las actividades diarias, por ejemplo de compra, venta, etc.

Talleres de psicomotricidad: (dirigidos a la estimulación motora).

Aquí se ha de utilizar la gimnasia, el baile, los juegos activos y pasivos.

Objetivos:

- Optimizar las capacidades.
- Desarrollar la creatividad.

Recomendaciones:

- Adecuarlas a las capacidades reales.
- Tener en cuenta las motivaciones e intereses y posibilidades físicas del enfermo.

Taller de terapia ocupacional:

Se utiliza el trabajo como actividad fundamental y creadora del hombre, así como la cultura, pintura, etc. y en general el arte como la vía de canalizar y enriquecer la espiritualidad del paciente.

Recomendaciones:

- Tener presente los intereses, motivaciones del pasado.
- Adecuarla a la realidad individual.

Tratamiento farmacológico de los trastornos cognitivos.

Hasta el presente no existe un tratamiento etiológico de la enfermedad de Alzheimer (EA), si bien desde hace varios años se está utilizando un grupo de fármacos, específicamente los anticolinesterásicos que retrasan levemente y en un corto período de tiempo el deterioro cognitivo, estos fármacos son un tratamiento paliativo, que se ha de utilizar en la fase inicial y únicamente en la EA.

Criterios a tener en cuenta para ser utilizados:

1. Tienen importantes efectos secundarios.
2. Solo pueden ser utilizados en los casos que hay cuidadores fiables.
3. Deben ser utilizados con precaución en pacientes con asma bronquial, alergia, úlcera activa, epilepsia.
4. Entre los efectos indeseables tenemos : diarreas, calambres, fatiga, náuseas, vómitos e insomnio.
5. Son fármacos que han de ser prescritos a nivel hospitalario y controlado su uso por el equipo de atención primaria.

6. Su uso debe ser por un período de 6 a 12 meses.

Principales fármacos utilizados:

- Tacrina a una dosis de 120 a 160 mg/día.
- Donepecilo se inicia con una dosis de 5 mg/día hasta llegar a los 10 mg/día.
- Rivastigmina – 4 mg/día
- Galantamina – 24 mg/día

Otro grupo de fármacos son los No-anticolinesterásicos, entre los que tenemos los Nootropos y Neuroprotectores, como el piracetam, citicolina, los estrógenos, antiinflamatorios, antioxidantes como la vitamina E.

CAPÍTULO 4 – ¿ CÓMO TRATAR LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES?.

Se debe mostrar a la familia y cuidador una orientación práctica encaminada a disminuir o eliminar estos trastornos sin el uso de fármacos teniendo en cuenta las causas que los están determinando.

1.- Alteraciones del sueño:

- Maximizar la actividad diurna.
- Eliminar las siestas profundas y prolongadas.
- Lograr que vaya al baño antes de dormir.
- Si se despierta hablarle suavemente, recordándole que es de noche.
- Brindar condiciones ambientales adecuadas en el dormitorio.

2.- Vagabundeo.

- Utilizar brazaletes.
- Aumentar la actividad diurna.
- Facilitar la orientación temporal espacial.

3.- Trastornos de la alimentación.

- Observar el estado de la dentadura.
- Si hay disfagia, buscar la causa.
- Velar por la presentación, horario, calidad y cantidad de la comida.

4.- Conducta sexual inapropiada.

- No dar excesiva importancia.
- Ser receptivos.
- Estos trastornos son temporales.

5.- Preguntas repetitivas.

- Cambiar el tema.
- Dar seguridad.

6.- Reacciones catastróficas.

- Ejemplo: brindar ayuda para bañarse, brindar confianza y seguridad

7.- Empeoramiento al atardecer.

- Tener al enfermo en un lugar confortable.
- Ambiente adecuado.
- Disminuir la actividad en ese horario en el hogar.

8.- Incontinencias.

- Usar pañales

- Facilitar el acceso al baño.
- Evitar líquidos después de las 6:00 p.m.

9.- Comunicación

- Clara , sencilla.
- Precisa
- Repetitiva
- Tener en cuenta la distancia, tono de la voz y gestos.

10.- Quejas e insultos.

La familia, vecinos han de comprender el estado del paciente y ser tolerantes.

11.- Agitación

- Control de la medicación.
- Evitar cambios ambientales.
- Brindar actividades diariamente.

RECOMENDACIONES.

- 1.- Brindar información detallada a la familia sobre las características, evolución y principales complicaciones de la enfermedad.
- 2.- Brindar solidaridad.
- 3.- Lograr la participación activa y plena de toda la familia en el proceso de rehabilitación.

Tratamiento farmacológico.

El objetivo general del tratamiento está dirigido al adecuado y oportuno tratamiento de los síntomas, evitando así la sobrecarga familiar, pero antes de indicar un fármaco es preciso descartar si una afectación orgánica es la que determina los síntomas, como pueden ser: Infecciones respiratorias, infecciones urinarias, constipación, retención urinaria. Deben tenerse en cuenta, además, otros elementos tales como: Cambio de rutina, descompensación de una afección previa, deshidratación, uso de fármacos.

Los síntomas que requieren tratamiento se han de agrupar en : Trastornos afectivos, depresión, ansiedad, los trastornos sensoriales y del pensamiento como las alucinaciones, las ideas delirantes, los cuadros de excitación, el insomnio, más raramente las hipomanías.

Uso de neurolépticos:

A pesar de la amplia utilización de estos fármacos, los ensayos clínicos rigurosos son escasos por las dificultades relacionadas con el consentimiento informado, el cual ha de ser dado por el tutor legal, lo cual complica el proceso.

Como dato de interés en la actualidad existen opiniones de la no utilización de la tioridacina en las demencias debido a sus potentes efectos anticolinérgicos.

Criterios de elección del neuroléptico:

1. Considerar seriamente la acción anticolinérgica.
2. Considerar seriamente la acción extrapiramidal.
3. Mantener proscritos los correctores anticolinérgicos.

4. Valorar existencia de formas de presentación con unidades posológicas, bajas, como por ejemplo el uso de soluciones.
5. Utilizar la vía parenteral en casos de urgencia.
6. El criterio básico de elección se fundamenta en la consideración de efectos secundarios.
7. Los pacientes con demencias se consideran de elevado riesgo a efectos secundarios extrapiramidales.
8. La sedación, confusión, hipotensión postural y retención urinaria son más esperables con el uso de neurolépticos tradicionales.
9. La tioridacina no debe ser usada en las demencias por sus potentes efectos anticolinérgicos, y la clozapina específicamente en la EA por esta misma acción.

Dosificación de neurolépticos en demencias:

Haloperidol 0,5 a 4 mg/día

Tioridacina 10 a 100 mg/día

*Risperidona 0,5 a 4 mg/día

*Olanzapina 2,5 a 15 mg/día

*Quetiapina 25 a 400 mg/día

* Neurolépticos atípicos. Dentro de sus ventajas están las bajas o nulos efectos extrapiramidales.

Indicaciones de los neurolépticos:

- En los cuadros alucino-delirantes
- En la agitación.

Uso de tranquilizantes menores (ansiolíticos)

En este grupo son fundamentalmente las benzodiacepinas (BZD) las más utilizadas fundamentalmente para el control de la ansiedad y el insomnio, evitando de forma sistemática las de vida media prolongadas, por lo que se recomiendan las de vida media corta como el lorazepam, oxazepam, con un tiempo de utilización limitado.

Un grupo que se está usando en la actualidad son las Azapironas. Como ejemplo tenemos al buspirona.

Recomendaciones de la OMS para el uso de BZD (1993).

1. No se justifica el uso de más de una BZD.
2. Utilizar BZD de vida media corta, fundamentalmente en la inducción del sueño.
3. Utilizar preferentemente la vía oral.
4. Realizar un ajuste individual, comenzando con dosis bajas.
5. Informar a los familiares los beneficios y riesgos: Asociación con alcohol, reducción de la actividad diaria, tiempo máximo de consumo y abstinencia.

Principales BZD según vida media y dosis geriátrica.

Acción prolongada: Clorodiazapóxido 5 a 10 mg/día

Nitrazepam 2.5 a 5 mg noche

Clobazam 10 a 30 mg/día

Clonazepam 0,5 a 2 mg/día

Acción intermedia: Bromazepan 3 a 12 mg/día

Del grupo Azapirona: Buspirona dosis de 10 a 20 mg/día

Es importante recordar que:

1. Los ancianos tienen especial sensibilidad a las BZD.
2. Se debe comenzar en dosis bajas e ir incrementando según la respuesta esperada y la tolerancia.
3. Las BZD están contraindicadas en la miastenia gravis, glaucoma y EPOC.
4. Nunca se deben suspender de forma brusca.

Uso de antidepresivos:

Antes de indicar un antidepresivo es importante hacer un correcto diagnóstico eligiendo el más adecuado, de ahí que es importante compatibilizar el tratamiento antidepresivo de forma conjunta con el geriatra, cardiólogo o clínico. En general se recomiendan los de menores reacciones adversas, mejor tolerancia, de ahí que en la actualidad se aconseja el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Como en todos los psicofármacos la dosis debe ser baja e ir incrementándose de forma progresiva hasta obtener la dosis adecuada, según la tolerancia.

A continuación expondremos los antidepresivos recomendados en el anciano, si bien los tricíclicos no se deben usar en las demencias, por ser estos los únicos disponibles en nuestro medio es que hacemos referencia a ellos.

Dosificaciones más comunes:

Tricíclicos:

Amitriptilina 25 a 75 mg/día

Clorimipramina 25 a 75 mg/día

Imipramina 25 a 160 mg/día

Trimipramina 25 a 75 mg/día

Tetracíclicos:

Mianserina 5 a 10 mg

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Fluoxetina 5 a 10 mg

Sertralina 50 a 100 mg

Paroxetina 10 a 20 mg

Citalopram 10 mg/día se puede llegar a 60 mg.

En relación con el citalopram debemos decir que en estudios realizados en pacientes con demencia tipo Alzheimer se ha podido ver que mejoran significativamente la labilidad emocional, disminuyen la confusión, irritabilidad, pánico, ánimo deprimido y desasosiego, esos hallazgos han sugerido que este medicamento actúa como "estabilizador emocional".

Uso de anticonvulsivos:

Desde hace tiempo se sabe la acción antiagresiva y normotónica de la carbamazepina, que puede considerarse el patrón histórico, de ahí su uso en el campo de la psiquiatría. En la actualidad la

oxicarbamacepina y la gabapentina junto con el ácido valproico constituyen opciones a tener en cuenta. Su indicación no tiene relación alguna con la presencia o no de elementos anormales en el EEG, ya que su acción en este sentido es independiente de su acción anticonvulsiva. Es posible que la lamotrigina y el topiramato puedan constituir opciones válidas en el futuro, si bien no se dispone de estudios reglamentados.

Consideraciones generales:

- Las conductas agresivas constituyen un hecho complejo de etiología múltiple que es preciso comprender en una forma global.
- El uso de recursos terapéuticos biológicos debe ser la consecuencia de un proceso de reflexión basado en el análisis de todos los elementos posibles.
- Es importante evitar las conductas estereotipadas del grupo agitación-sedación farmacológica.
- Los recursos farmacológicos deben ser adaptados al diagnóstico etiológico y limitado en el tiempo.
- Valorar los efectos secundarios a la hora de elegir el psicofármaco más adecuado.
- Nunca obviar el tratamiento de otra etiología de base.

CAPÍTULO 5 : ¿ CÓMO TRATAR AL CUIDADOR ?

Durante la primera fase de la enfermedad de Alzheimer surge el cuidador principal, con frecuencia se trata de una de las hijas, que se hace cargo de la situación, aunque también otros familiares o cuidadores lo ayuden. Así que el cuidador principal:

- Contrae una gran carga física y psíquica, se responsabiliza de la vida del enfermo: medicación, higiene, cuidados, alimentación, etc.
- Va perdiendo paulatinamente su independencia porque el enfermo cada vez le absorbe más.
- Se desatiende a sí mismo: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, etc.
- Acaba paralizando durante años su proyecto vital.

Principales problemas y soluciones:

Los aspectos mencionados pueden causar importantes problemas psicológicos en el cuidador principal que son manifestados con más frecuencia por:

- Agresividad constante contra los demás porque siguen su vida, porque son capaces de ser felices a pesar del problema que hay en la familia.
- Gran tensión contra los cuidadores auxiliares porque consideran que todo lo hacen mal, no saben mover al enfermo, no le han dado a la hora adecuada el medicamento, los alimentos, etc.
- Aislamiento progresivo, y tendencia a encerrarse en sí mismo.

Soluciones:

Cuando los cuidadores auxiliares, familiares o amigos observan en el cuidador principal los problemas o reacciones desmesuradas citadas deben obligar al

cuidador principal a que tome mayor tiempo de ocio, cubriendo esas horas con otro miembro de la familia o asistente domiciliaria.

El cuidador debe incrementar su socialización, buscar la ayuda especializada para recibir tratamiento adecuado a la situación real, ya sea debido a problemas físicos y/o psíquicos.

Principales consejos:

1. En primer lugar deben informarse de todo lo relacionado con la enfermedad de Alzheimer y su evolución a fin de poder entender adecuadamente al enfermo y tomar las conductas adecuadas a las diferentes situaciones.
2. La familia, sin dejarse agobiar por lo que sucederá y viviendo el presente, debe PLANEAR el futuro de su enfermo y el de la propia familia.
3. Preocuparse por sí mismo.

Actitudes positivas que ha de tener el cuidador:

1. Descansar cada día.
2. Evitar las drogas para animarse.
3. Hacer todo lo necesario para conservar su propia salud, buscando la ayuda profesional necesaria.
4. No aislarse, mantener una adecuada interacción social con el resto de la familia, amigos, etc.
5. Mantener alguna actividad que siempre le provoque placer. ej: cine, lectura, la TV, etc.
6. La risa el amor, la alegría, son fundamentales para el bienestar.
7. Tener un tiempo semanal de descanso.

¿ Qué hacer con los propios sentimientos del cuidador ?

Los sentimientos que se suscitan en un cuidador, como consecuencia de convivir, atender y querer a su familiar enfermo son variados. Aunque cada persona, cada enfermo y cada familia son diferentes, a continuación exponemos algunas de las principales perturbaciones que puede presentar el cuidador.

1. Tristeza

La tristeza que vive el cuidador es el resultado de vivir el avance de la enfermedad, la pérdida de los hábitos, conducta, etc. A pesar de lo doloroso de la situación el cuidador no debe abandonarse a la tristeza, pues dejará de vivir momentos felices. La tristeza puede ser lógica, pero no puede vivirse como un sentimiento único o prioritario.

2. Preocupación.

Constantemente al cuidador le abruma el futuro, le preocupa el estado del enfermo y si tendrá la capacidad suficiente para seguir atendiéndolo en el orden físico, psíquico y económico. Debe mantener su equilibrio emocional, pues de no ser así solo logrará torturarse inútilmente; debe estar consciente que las cosas acontecerán y el solo hecho de pensar en ellas no lo evitará.

Necesita vivir el presente sin agobiarse por un futuro incierto.

3. Soledad.

Este sentimiento afecta principalmente al cónyuge aunque también a los hijos, y otros allegados al enfermo, una de las mejores soluciones es mantener en lo posible la integración social, debe mantener o buscar nuevas amistades, en los vecinos, centros recreativos, asociaciones, etc.

4. Depresión.

Cuando la tristeza, la preocupación, la soledad y la desesperanza se viven sin otra alternativa se enferma de depresión, de ahí que es importante mitigarla o equilibrarla con otras vivencias positivas: amor, cariño, ilusiones, etc. Cuando aparece la depresión se debe brindar un tratamiento integral, en lo biológico, psicológico y social.

5. Irritabilidad.

Es el resultado de estar cansado, de hacerse cargo del enfermo. Al no recibir ayuda, los días pasan con pena, sin alegría, de ahí que es importante la ayuda de un cuidador auxiliar, pues así el cuidador principal poder tener horas de descanso, recreación.

6.- Vergüenza

La conducta que puede asumir el enfermo en ocasiones provoca vergüenza, pero siempre se ha de pensar que es producto de estar enfermo y las personas que lo rodean deben comprender, de ahí que se le debe explicar a las personas allegadas las características de la enfermedad.

7.- Culpa

Este sentimiento generalmente lo experimenta el cónyuge o hijo que ha mantenido relaciones conflictivas con el enfermo, o en el cuidador, que apenas dedica el tiempo requerido para atender al enfermo, o determina ingresarlo en una Residencia para alejarlo de la casa.

Cuando este sentimiento surge en el cuidador o familiar debe:

- Aceptarlo

- Deslindar por qué razones padece de culpa, si es por razones personales, sociales, etc.

- Hacerle frente, consultando con personas que merezcan su confianza, profesionales o no.

- Replantearse la situación si es posible tomando de nuevo la situación. Si es la misma hay que aceptarla con sus pros y contras.

8.- Impotencia, fracaso, frustración.

En la fase terminal se ven con más frecuencia estos sentimientos, a pesar de todo lo que se ha esmerado, la dolencia va postrando cada vez más al enfermo y surge una pregunta: ¿De qué sirve la abnegación? Estos sentimientos derivan del cansancio físico y psíquico que durante años ha llevado el cuidador principal. Una conversación sincera con amigos, profesionales de la Salud podrán ayudarlo.

La muerte biológica del enfermo y su afrontamiento.

La muerte del ser querido es siempre un acontecimiento trascendental en la vida del cuidador, aunque no por ser esperada, es menos trágica dando lugar a sentimientos de tristeza y vacío. Con la muerte del enfermo comienza el "duelo", durante el cual el cuidador debe ir "distanciándose adrede" de los sentimientos de tristeza, de culpa, depresivos, etc. mientras va restableciéndose en su libertad personal. El dolor y el tiempo de duelo dependen de :

- Edad del cuidador. Un joven o un adulto se recupera antes que un anciano, lo que está muy relacionado con los mecanismos de adaptación a una vida diferente sin el ser querido.
- El duelo varía en intensidad según el papel que desempeñaba el difunto en la construcción de la realidad, el sentido de la vida y en la continuación de la identidad del cuidador. La depresión por el duelo suele ser más frecuente en el cónyuge anciano o en el cuidador que dejó todo para atender a su familiar enfermo, en estos casos la depresión del cuidador lo lleva a adoptar una actitud de recuerdo constante, con idealización del enfermo y su papel de cuidador, así como a anticipar otras futuras pérdidas sufriendo antes de que estas ocurran. El aislamiento, la pérdida de ilusiones, la falta de motivación, el no saber qué hacer con el tiempo son factores que agravan los sentimientos de tristeza y depresión.

Es decir, las respuestas emocionales a la muerte del enfermo de Alzheimer son muy diferentes según los cuidadores y el tiempo de duelo, que varía de seis meses a dos o tres años, pudiendo no resolverse nunca por voluntad expresa del propio cuidador, sin embargo y aun en el caso del cuidador que adopte una actitud positiva para finalizar su condolencia, el duelo puede experimentarse durante bastante tiempo con diversos sentimientos.

Sentimientos del cuidador después de muerto el enfermo:

- Sensación de vacío espiritual y no saber qué hacer con el tiempo. El cuidador principal no solo siente la muerte del ser querido, sino que pierde el motivo que durante años ha constituido el eje de su vida, así como la motivación y la ilusión de sacar cada día adelante a la persona enferma. **SU FUNCIÓN DE CUIDADOR HA TERMINADO.** Algunos cuidadores que se sienten aliviados por haber terminado con la pesada carga, sufren durante algún tiempo la sensación de vacío, por la pérdida de la persona y por la pérdida de la función

a la cual le dedicaron tanto tiempo.

- Tristeza y depresión: Son el resultado de la muerte del enfermo y por el impacto que ha sufrido el cuidador acompañando durante años al enfermo en el proceso de ir muriéndose un poco cada día.
- Felicidad, en cierta medida, o alivio por haber terminado la función que limitaba su vida personal. No debe sentirse culpable, este sentimiento es lógico e incluso saludable, pues es el reflejo de haber encontrado la libertad personal de la que carecía desde años.
- Confusión generalizada : Esto se observa durante los primeros meses posteriores al duelo, ya se han terminado los horarios y quehaceres tantas veces repetidos, el cuidador de repente se encuentra con tiempo y con nuevas posibilidades, sin saber a ciencia cierta cómo canalizarlos.
- Sentimiento de culpa: Es uno de los que más daño puede producir al cuidador, y se presenta cuando este piensa que no hizo todo lo posible por cuidarlo, debido a que su enfermo tuvo que ser ingresado a una residencia, hogar de anciano, etc. Con este sentimiento lo que se provoca es desesperación y rechazo de uno mismo. Debe saberse manejar el sentimiento de culpa para no dejarse dominar por él, y liberarlo fuera de uno mismo es la mejor solución.
- En ocasiones puede verse en el cuidador un período de postración y enfermedad, al cuidador se le acentúa una enfermedad que ya tenía y nunca tuvo tiempo de atenderse o bien le surge una nueva enfermedad, quizás determinada psíquicamente como forma de autocastigo, deseo de muerte o de identificación con los padecimientos del enfermo.

Estos y otros sentimientos pueden presentarse, su identificación y manejo es la mejor vía de solución.

ACTITUDES POSITIVAS DEL CUIDADOR DESPUÉS DE LA MUERTE DEL ENFERMO.

1. Buscar nuevas ilusiones y afectos que lo lleven a dar cariño y atención a los demás: hijos, esposo, nieto, etc.
2. Empezar tareas que fueron abandonadas: estudio, trabajo, etc.
3. Potencializar la recreación, el ejercicio físico, la alimentación adecuada, etc.

En definitiva, después de la muerte del enfermo el cuidador ha de comenzar una vida diferente, en la que el tiempo pasado debe quedar como experiencia, y enfrentar el presente potencializando la confianza en sí mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tarraga L. Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 1998; (supl 1): 51-62.
2. Damasio AR. Enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas. En : Bennett JC, Plum F. Cecil Tratado Medicina Interna . 20. ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1996 . p . 2300 – 4.
3. Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry , the Alzheimer Association and the American Geriatrics Society. Diagnosis and treatment of Alzheimer´s Disease and Related Disorders. *JAMA* 1997; 278 (16): 1363- 71.
4. Pujol J , Azpiazu P. Tratamientos de los síntomas psiquiátricos en el curso de las demencias. *Psiquiatría* . com 1998. [en línea] URL disponible en <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/Vol2num2/artic2.htm>.
5. Devanand DP. The course of psychopathologic symptoms in mild to moderate Alzheimer´s disease . *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 257- 63.
6. Muñoz M, Corral C, Larrubia J, Laborda A, Pascual G, Padilla PP. Evolución cognitiva y de funcionalidad en pacientes del centro de Día Psicogeriatrico “ Benito Menni”. *Rev Esp Informaciones Psiquiátricas* 1999; 155 (1er trimestre): 7-15.
7. Yanguas J. Intervención Psicosocial en Gerontología: Manual Práctico. Madrid: Caritas; 1998.
8. San L, Arranz B, Cano R. Las Benzodiazepinas: Beneficios y Riesgos. *Rev Esp Informaciones Psiquiátricas* 1999; 155 (1er trimestre): 43-53.
9. Martínez JM, Blanco FJ, Martín C, Anseán A, Canovas C. Niveles de Orientación en la realidad según la E. E. O. R en pacientes demenciados: homogeneidad clínica y evolutiva. *Rev Esp Informaciones Psiquiátrica* 1996; 145 (3er trimestre): 217-23.
10. Rebollido S, Lobato MJ. Actividades de Orientación a la realidad en unidades psiquiátricas de largas estancias. *Rev Esp Informaciones Psiquiátricas* 1996; 145(3er trimestre): 225-38.
11. Pujol J, Artigas PA. Tratamiento de las conductas Agresivas. Agitación en ancianos con demencias. *Rev Esp Informaciones Psiquiátricas* 2003; 172 (2do trimestre) : 123-31.
12. Haro I. Abordajes no farmacológicos de las alteraciones del comportamiento en los pacientes con demencias. *Rev Esp Informaciones Psiquiátricas* 2003; 172 (2do trimestre) : 133-5.
13. Fernandez de Larrinoa PP. Medición clínica de los trastornos Psiquiátricos y del Comportamiento en las Demencias. *Rev Esp Informaciones Psiquiátricas*; 2003; 172 (2º trimestre) : 165-76.
14. Pujol J, De Azpiazu P . Trastornos por angustia en ancianos. En Massana J, ed. Pánico Vision actual . Madrid: Grupo Aula Médica; 1998.
15. Cooney C, Mortimer A . Carbamazepina in aggressive behaviour associated with senile dementia . *Int J Geriatric Psychiatry* 1997; 11: 901-5.
16. Kaufer DL, Cumings JL. Effect of tacrine en behavioral symptoms in Alzheimer´s disease: an open label study. *J Psychiat Neurol* 1996; 9:1-6.
17. Maixner SM, Mellow AM. The efficacy safety and tolerability of antipsychotics in the elderly. *J Clin Psychiatr* 1999; 60 (suppl 8): 29-41.
18. Tariot PN . Treatment of agitation in dementia . *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl 8): 11-20.
19. Leturia F J , Yanguas JJ, Arriola E, Uriarte A. La valoración de las personas mayores : evaluar para conocer , conocer para intervenir . Madrid : Caritas ; 2001.
20. Cruz A J . ¿ Debemos uniformar los instrumentos de evaluación geriátrica? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35 (5) : 251-3.
21. Burns A , La Wlor B, Craig S . Rating Scales in old age psychiatry . *J Psychiat* 2002; 180: 161-7.
22. Agüera L . Entrevista clínica y exploración psicopatológica. En : Agüera L , Martín M, Cerrilla J. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson ; 2002.
23. Grober E, Lipton RB, Hall C, Crystal H. Memory impairment on free and cued selective reminding predicts dementia. *Neurology* 2000; 54: 827.
24. Martín CM. Consenso Español sobre Demencias. Madrid : Sociedad Española de Psiquiatría ; 2000.
25. Moizeszowicz J . Psicofarmacología Psicodinámica III. Buenos Aires: Paidós; 1996.
26. González Menéndez R . Paciente psicogeriatrico y su atención específica . En : *Clinica Psiquiátrica Básica Actual* . Ciudad de la Habana: Editorial Científico- Técnica; 1998.p. 181.
27. del Nogal L. Abusos y malos tratos en el anciano . En : Ribera JM, ed . *Problemas éticos en relación con el paciente anciano* . Madrid : Edmisas; 1995 . P . 155-71.

28. López J J. Plasticidad neuronal. Diversidad enfoques del termino plasticidad nerviosa. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999; 24 (supl 1): 9-15.
29. Alzheimer, un reto para la sociedad. [Videoconferencia] Barcelona : Fundación la Caixa; 1997 . p . 45-53.
30. Tarraga L . Centros de día : Alternativa terapéutica para la persona con enfermedad de Alzheimer. En : Serra – Mestres J, Lopez- Pausa S, Boada Rovira M, Alberca Serrano R, eds. Modelos de asistencia sociosanitaria para enfermos con demencias. Barcelona : Prous Science, 1997 . p . 141-53.
31. Unverzagt FW, Hui SL, Farlow MR, Hall KS, Hendrie HC. Cognitive decline and education in mild dementia. Neurology 1998; 50: 181 – 85.
32. Snowdon DA, Greiner LH, Mortimer JA, Riley KP, Greiner PA, Markesbery WR. Brain infarction and Clinical expression of Alzheimer disease the num study. J Am Med Assoc 1998; 277: 813-7.
33. Fernández Labriola R. Implicancias de la Serotonina en psiquiatría biológica. Rev Argentina de Psiquiatría Biológica 1998; II (11). 10-13.
34. Boullosa O, Lopez C, Mato A, Cetkovich M. Neurotrasmisión serotoninérgica. En : Psiquiatría. Biología Latinoamericana. t1. Buenos Aires: Editorial Cangrejal ; 1999 .p. 170.
35. Ballús C. La depresión en el contexto de la clínica médica. Rev Psiquiatría Fac Med Barcelona 1996; XXIII (7); 203 – 8.
36. Barcia D. Depresión resistente . Concepto y problemas terapéuticos. Rev Psiquiatría Fac Med Barcelona 1995; XXII (6). 165 – 70.
37. González R. Terapéutica Psiquiátrica Básica Actual . Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas ; 1998.
38. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed.. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.